

平成30年度第1回山武長生夷隅地域保健医療連携・地域医療構想調整会議
開催結果

1 日時 平成30年7月23日(月) 午後7時から午後8時40分まで

2 場所 長生合同庁舎 4階 大会議室

3 出席者

○委員総数29名中28名出席

伊藤委員、鈴木委員、川俣委員、山崎委員、道脇委員、中谷地委員、
中村委員、岡本委員、塚原委員、倉津委員、志村委員(代)、増田委員、
外川委員、坂本委員、桐谷委員、宍倉委員、伴委員、塩田委員(代)、鵜山委員、
蒔田委員、若林委員、北村委員、相川委員、田中委員、太田委員、
池田委員、大野委員(会長)、鎗田委員、

*委員のほか医療機関関係者14名出席あり。

4 報告

(1) 本県の結核医療提供体制について

【事務局説明】

資料「報告1」本県の結核医療提供体制について

・・・疾病対策課から説明

(2) 医療法及び医師法の一部改正について

【事務局説明】

資料「報告2」医療法及び医師法の一部改正について

・・・健康福祉政策課から説明

5 会議議事

(1) 各種事業の実施状況と平成29年度病床機能報告の結果等

(2) 平成30年度調整会議の進め方

6 議事概要

(1) 各種事業の実施状況と平成29年度病床機能報告の結果等

【事務局説明】

配付資料「資料1～2-2」について、健康福祉政策課から説明

【意見・質疑応答】

(意見等なし)

(2) 平成30年度調整会議の進め方（前半、後半に分け説明）

<前半説明>

【事務局説明】

配付資料「資料3-1～6」について健康福祉政策課から説明

◎議長：ありがとうございました。

病床機能の実態把握に向けた取組を行うこと、その検討の場として非公開の部会を設置することについて事務局から提案がありました。今までのように国や県から出されるデータを提示するだけではなく、地域のことについて、みんなで必要なデータを出し合って話し合っていきたいという提案と思われませんが、いかがでしょうか。

【意見・質疑応答】

●委員：先程、事務局からご説明がありましたけれども、地域の取組として、茂原市長生郡医師会では、今回、地域医療構想の流れに沿った取組を行ってきました。具体的にどのような結果が得られるのか、それがこのところの地域医療構想にどう影響を与えるか、ちょっと時間をいただいて、ご紹介させていただければと思いますが、よろしいでしょうか？

◎議長：よろしくお願ひします。

●委員：スライドを使いますので、まぶしいかもしれないので、申し訳ありません、ちょっとだけお席の移動をよろしくお願ひします。

実は元々地域医療構想というのは、地域の医療現況が見える化し、2025年の将来予測に向けて適正化を図り、医療計画に盛り込むということで、国の方では現在、シャンパングラス型という、7対1、高度急性期があまりにも大きくなり過ぎて医療を歪めているということで、2025年ヤクルトボトル型というものに向けて修正を加えて、さらにそのところで慢性期を外来と在宅、これを2025年の姿として、各地域で医療計画に盛り込むということが、医療構想の目的です。その中で、病床をどういう風に計画するかということで、各病床、医療機関の病床の中身が、機能が見えにくいということで、医療機能ごとに自主的に選択してもらって、例えば急性期機能、回復期機能、慢性期機能、それぞれを報告してもらって、それを会議において皆さんで「見える化」して報告、地域ではどうやっていくかを決める。拡大するとこういう形になっています。

これがアンケートの結果で、先程出ていましたが、この地域では高度急性期が不足、急性期が過剰、回復期は不足、慢性期は過剰と、そういうようになっています。

ただ、実際にこれは都会型ではいいが、病棟単位という風になっているため、医療過疎地、小さな郡部では、病棟単位で機能を固定できないということになっています。ですから、この地域現状を見てみると、急性期がこんなに過剰なのか、実際の医療感覚に合わない結果が出ています。問題点をいろいろ検索してみると、議論の元となるデータが、本当にそれでいいのかという問題が出てきました。アンケートは病棟単位、どういうことかといいますと、都会と異なって、郡部では50床規模の小病院が、急性期から退院まで全てを担っている。ただ、看護単位というのは病棟単位ですから、50床が1病棟という病院は、1病院1病棟という形になってしまっていて、基本的には、実際はベッド単位で機能を配分して、季節の疾病の変動とか、小さな病院でも二次待機病院をやることは可能になっているが、これが国の一斉調査では出てこない。ですから郡部では、病床単位での調査が必須だと考えました。郡部の病院はほぼケアミックス病院。ケアミックスということをご存知かと思いますが、これは1つの病院が急性期とか療養型とか回復期という、いろいろな機能を1つの病院の中で持っている。メリットとしては、急性期の治療が終わって、慢性期やリハビリに移動した場合でも、転院はしないで病棟を移るだけという、要するに転院待ちとなる時間は使わない、スムーズに退院までもっていけるというケアミックス病院。国のケアミックス病院のイメージは病棟単位なのですね。病棟を移動する。もっと小さな地域では、病床単位のケアミックス。この部屋のこの患者さんは急性期だけど、手術が終わって、3日経って、歩行訓練する時には、ベッドの移動がなくても、その場で機能を充分に変えることができる。要するにどういうことかと言うと、これが先程の地域医療構想の図ですが、病棟単位で医療機能調査をしている、これがこの地域では、1つの病院で病棟が1つというところが多いですから、ベッドごとに機能を報告する、先程の調査票にもありますが、ちょっと面倒臭くなるが、この地域の病院の機能を正確に反映するには、やはりこれをしないと分からないだろうと。これが1点目です。

2点目。医療機能の名称と内容ですが、医療機能は4つに分かれています。これは国のイメージでは、高度急性期が7対1、急性期が10対1、回復機能は、回復期リハビリはありますが、おおむね13対1～15対1で、慢性期は療養型というところが、イメージになっているのですが、この言葉が非常に分かり辛い。細かく国は、具体的な例を細かくあげているが、これでも分かり辛い。国としてはもう1つ、こういう分け方をしている。医療資源の投入量として、高度急性期の人はいろいろな手術や検査をするから、医療費がかかるだろうから、医療費で分けていくと、ある程度見えてくるのではないか。これは本質的な問題では違うかもしれないが、非常に基準が揃っていて分かり易い。これで分けてみるとどうなるかというのが、この後に示しますが、問題点2としては、病床機能の基準が不統一です。不明確です。共通理解になっていない。特に高度急性期と急性期というのが、救急対応をす

るということと全く一緒になっていない。何故かという、がんセンターは基本的に医療資源を投入しますから、救急車を受けない病院が高度急性期です。イメージという急性期が本当に言葉として正しいか、現実先ほどお話ししましたが、看護基準7対1が高度急性期かという、置き換えにすぎないですから、病床単位の最低限の基準の共通化も必要となると思う。要するに先程示した7対1が高度急性期という単純にそういう名前付けになっている。

では、この地域で病床機能の調査をやってみてどうなったか。先程ありましたが、病棟単位でなく、ベッド単位で調べました。実際の患者さん、この人は高度急性期か、主観に基づいて分類すると差がかなり出るので、とりあえず点数で分類した。この表は2025年の病床の必要病床数の想定ですが、この地域だけ抜き出して見ました。ちょっとデータが古いのですが、26年のデータでやると、高度急性期と回復期が足りなくて、急性期と慢性期が多いということになります。これをベッド単位に分けてやってみます。

まずうちの病院でやってみました。定点、2年前の2016年11月28日、これを点数で。入院基本料が入院してから日数毎に変わってくるので、入院基本料は総点数から引いています。これはレセプトで簡単に出来ます。その日の総点数を患者さん毎にずらっと出して、入院基本料を横に並べてエクセルで引いていけば良い。回復期と慢性期の点数が2種類あるのでこういう形になりますが、うちの病院はアンケートでは、全部急性期で出しました。一般病院なので、急性期以外答えようがなかった。茂原市長生郡内の一般病床は、全部急性期になっています。ただ、中を見てみると、手術をしたりとかする高度急性期が7、急性期が20、回復期、これは術後のリハビリとかリハビリもできる入院とか、回復リハビリでなくてもPTさんがいたり、ある程度のリハビリを皆さんやっているんです。慢性期は退院待ちなどです。

これを長生郡市内の一般病床を持つ病院全員やってみました。この表には施設情報があるので、病院の名前は出していません。いくつかゼロとかありますが、ほとんどの病院が、1つの病院の中で高度急性期から慢性期まで全てを担っている。多分これは季節によっても変わってくると思います。ではこれを、地域医療構想の推計値と比べるとどうなるか。これは2025年の推計値。山武長生夷隅、これを人口割にして、長生で割り直すと、高度急性期が37、急性期が312、回復期が333、慢性期が352になるのが理想だとされていて、今の実数を見ると、先程のデータを合わせると、高度急性期はほぼほぼ推計値と同じくらい足りている。急性期に関しては、逆に足りません。それから回復期は、推計値と同じように足りていないのですが、慢性期は過剰となる。要するに、議論するデータの元が変わってくると、正しい議論になるのか、ということです。1つの病院は1つの機能だけという風に国が考えているわけではないが、ある程度収斂することが必要だろうと。

これは都会の話であって、田舎の病院は逆に収斂してしまうと、1つの病院が数少ない機能に縛られてしまうので、地域としてはかなり弱くなる。ということが心配されるかという、急性期医療の崩壊です。高度急性期、急性期とは救急対応ではないので、郡部の一般病院の回答全て、今回の地域医療構想、急性期になっているので、データ上急性期が過剰になっている。これを元に議論すると、急性期は減らしましょうと、病院単位、病棟単位で減らしましょうとなると、実際救急対応できる急性期病床が不足します。1病院で1病棟のため、救急を受ける輪番病院も減少して、二次待機病院の輪番制も組めなくなってしまう。

それから、同じように、医療資源投入量で分類すると、先程もありましたが、待てない急性期と、待てる急性期と区別されないわけですね。要するに、心筋梗塞や脳卒中とか消化管出血などの、待てない高度急性期も、癌とか整形外科、プレートとか使うとそれだけで高度急性期になります。ちょっとした骨折も、あと血液、内分泌疾患ホルモン療法、これは救急で来るわけではなくて、定期的な血液疾患とか、そういうものも高度急性期に分類されるので、実際に高度急性期とか急性期という分類だけで動いてしまうと、救急医療に関してのプランが立たなくなる。ですからこれを、まず分けないといけない。そもそも高度急性期というのは、その地域の中になくてもいいということなので、この地域としては、隣接医療圏の特定医療機関が、当地域の救急受け入れ機能がある程度担っているの、それを数値化しようということも行いました。

これは救急搬送データ、これはちょっと古いのですが、救急搬送全体は管内だと長生病院が一番多く担っています。ただ、ここで脳血管・循環器ということでは、塩田記念病院さんがかなり頑張っていて受けて扱っているのですが、次のスライドを見ると分かりますが、基本的には循環器医療センター。これはまだ、循環器医療センターが縮小する前のデータなので、この地域としては、待てない高度急性期、特に命にかかわるものに関しては、循環器医療センターがかなり担って下さっている。ただ、外傷に関して循環器医療センターはあまり強くないので、これは東千葉メディカルセンター。

病院によってやはり、得手不得手がある。それはなぜ得手不得手が出てしまうかという、地域医療構想はベッドの計画はあっても人のファクターはないです。要するに、高度急性期として、脳に強いのか外傷に強いのか心臓に強いのか、それをある程度表すものとしてやっていかなければならない。この地域の取り組みとしては、策定ガイドライン、これも全く無視するわけではないですが、これだけではなく必要な医療機能を細かく数値化する必要がある。

病床機能はベッド単位、それから、病床ごとの機能、先ほどある程度の機能で将来的には中身でやっていくことは大事ではあるけれども、とりあえずは医療資源投入量でまずは分類して、それで見えていく。

あと、待てる急性期、待てない急性期、これがやはり区別しないとこの地域は見えてこない。地域の中だけでなく隣接医療圏の特定の医療機関、その担っている機能もこの地域の大事な医療資源として数値化することが必要。

それから、もう一つ、山武長生夷隅同じ医療圏であるが、ばらばらにある程度データを出すということは千葉県二次保健医療圏の変遷に基づいています。

どういうことかという、二次保健医療圏ができた当初、山武、長生、夷隅はばらばらの医療圏だったんですね。これがどうなったかという、結局、二次医療圏というのは一般の入院に係る医療を提供する単位。ですから、山武、長生、夷隅それぞれのエリアでこれを行っていたと当時は見ていた。

面積的にもこのような面積でありますけど、ただ実際保健医療圏で分類してみると、こういう形になっているのが、それぞれに見ると、山武も長生も夷隅も医療過疎なので、医療圏の中での格差がかなり出てきました。それで、県は何を考えたか、いきなり医療資源を増やすことはできないので医療資源がある程度潤沢なところと一緒になれば、この医療圏はなんとかなるのではないかと。

千葉市はいろんな医療を県内中から、千葉大等もありますから、担っていますから千葉医療圏は外すとして、それぞれくっつけると山武は印旛と一緒にすると充足するのではないかと、長生は市原と、夷隅も市原。これで形的に医療圏のバランスはとれた。ただ、実際医療圏全体でバランスをとってもその中の偏在は相変わらずなので、その偏在を明らかにするために、市原と長生夷隅を分けて、それから今の医療圏みたいに山武長生夷隅を一緒にして、そしてここに東千葉メディカル医療センターを建てることとした。

もともと、患者さんの受診動向とかは、ある程度生活圏も含めて山武、長生、夷隅は、それぞれ独立した医療圏を持っていて、プラス、三つ一緒になってさらに調整していくというのはスムーズなやり方なのかな。これを県と、このデータに基づいて協議した結果、今日の健康福祉政策課の説明になったと思います。

どれが100点の答えかわからないが、地域ごとの取り組み、東葛南部の3保健所に分けて協議したりと、いろいろやっています。この地域として、今年度こういう形でやって、この地域の実態を「見える化」して、次どういう風にやっていくか検討していくのが現時点では適切ではないかと考えました。以上です。

◎議長：ありがとうございました。

当初から出てきております地域ごとの特性に合わせた取り組み、実情の把握 ということ、ビジュアル上で示していただいたわけですが、今の委員の発表等につきまして何かご意見等ございますか。

◎議長：どうぞ

●委員：県に聞きたい。資料4の今年度課題として取り上げる地域課題等について（案）で「地域の実態を反映したデータを作成し、診療報酬に基づく病床機能の実態把握を行う」とありますが、ここで記載してある意味合いが、今説明があった内容のものなのでしょうか。

□事務局：お見込みのとおり県の説明した内容と委員が説明した内容は同じと考えています。

●委員：今の説明、素人でもよくわかる説明、ありがとうございました。

◎議長：その他いかがでしょうか

●参加者：非常にわかりやすい説明でした。郡部では病院の規模が小さいので病棟ごとではなくもっと解像度を上げて、1床ごとの機能を見なさいというのはそのとおりに思う。千葉県の特徴としては、東京に近い都市部と我々の住む郡部とでは、ダイナミックレンジが広いのが特徴かなと思ひ、他県でも同じ状況はあると思ひますが、他県の取組みを県医師会で把握していたら教えていただきたい。参考になると思ひがいかでしょうか。

◎議長：事務局よろしいですか

□事務局：他県で病床単位での実態把握の取組みをやっているかについては把握していません。国から紹介されている他県の取組みについては資料P23～いくつか紹介しています。奈良県では急性期の病床が、報告上で非常に多い中で急性期を重症と軽症に分ける基準を定めて機能を明確化する方法を取っている。同じやり方で千葉県のデータを分類したところ軽症急性期と回復期を合わせると2025年の回復期の必要病床数に見合う数字になります。

P24の佐賀県方式では、急性期の中で既に回復期相当を回復期と補正し取り組んだ。この方法で千葉県を当てはめると奈良県方式に比べ回復期相当の数字が出ません。

このように考え方によってかなりバラつきが出てしまいます。千葉県は広いので、いきなり区分について考えるのではなく、まずは地域ごとに病床の実態を把握して検討することを、委員及び3医師会の先生方と調整しながら取り組んでいきたい。同じような取組については調べきっていませんが、佐賀県や奈良県の取組みを踏まえて、千葉県では遠回りかもしれないが実態把握から進めていきたいと思ひます。

- 参加者：もう一步踏み込んで意見を言わせていただくと、日本の特徴として西側の病院は規模が大きく、県内の地域格差ではなく東日本と西日本の地域格差があり、住民当たりのベッドの適正值、重症度等微妙な問題を含んでいる。それぞれの県で有利なようにやって良いような気がする。それこそ、千葉県はこうなんだと全国レベルでアナウンスしていただきたい。

本来は病棟ごとでなく、ベッドごとに機能をみるべきだと今日聞いて思いました。まさに自分たちが現場で感じていることを、ワンフロアの中で重い人を看たり軽い人を看たりということを実際にやっているのと、委員の発表を聞いて痛感した。こういったことを全国レベルで議論していただけるように、国の方に上げていただきたい。

- 委員：説明はよく分かりました。山武長生夷隅医療圏はくつつけられたり離されたりを3回やってきたが、それぞれの郡部で独立しあつた医療圏のような気がします。委員は山武長生夷隅でやっていくのが良いと考えていますか。

- 委員：山武長生夷隅でそれぞれに医療圏を持っていますが、それぞれに完結できるものではない。山武長生夷隅はそれぞれの分析をしながら、二次医療圏という県の枠を考えなければならない。どういう形でやるかという結論を今出すのではなく、それぞれのデータを出してどうするかを考える。前回までは医療圏をどうするかという問題が出てきましたが、それぞれの地域の医療機能を分析してどうするかを考えるのが順番だと思う。結論として医療圏が変わるということもあると思いますが、山武長生夷隅の大きな枠の中で取組みをスタートしようと思っています。終わりを先に決めてそれに縛られることはしたくないと思います。

- 委員：昨年度は医療圏についていろいろあり、結局は山武長生夷隅で二次医療圏を持つことになった。千葉から西の都市部に比べて、山武長生夷隅のそれぞれの郡部は、中身に多少の違いはあっても概ね似ている。面積が広いだけで病院の数は少ない。似た者同士3郡がこのようなデータが出るということを共通認識として、それぞれで出すのではなく山武長生夷隅で合せて郡部の特徴を県に示していきたい。合わせることで力も持てるし、データも大きくなればなるほど正確になってくる。それで、この二次医療圏を堅持していきたいと思います。

- 委員：先ほどの説明に反対する訳ではないが、データの分析は各施設で出すのが一番良いと思う。はっきりわかるし。救命救急の三次は広域でやるしかない。ただ、地域医療構想の中には地域連携、機能分化が入っている。昨年度当院で紹介・逆紹介に

について調べた。正直言って、長生、夷隅との横の連携がほとんどない。果たして山武長生夷隅を一緒くたにして病院のベッドを考えることが良いのか疑問に思っています。

- 委員：そのようなデータも含めて、この地域がどのようになっているのかを細かく「見える化」することで議論を始めていくべきと思っています。共有していない情報がたくさんあると思うが、それを共有した上でこの地域をどのように考えていくかについて考えたい。

◎議長：基本的には委員から説明いただいたが、連携等の問題点も含めてそれぞれの地域で分かりやすい分析の仕方を行う方向で、皆様に同意をいただければ、今年度そのような方向で進めていきたいと考えるが、修正、反対意見等がありますか。

具体的には、山長夷の部会を設置して検討するが、そこにはそれぞれの地域の得られたデータを加味しながら検討していくという方向性で行きたいと考えているが、異論が無いようであればその方向性で進めていきたいと思えます。

- 委員：異議なし

◎議長：ありがとうございます。

それでは、引き続き議題2について、事務局から説明をお願いします。

<後半説明>

【事務局説明】

配付資料「資料7-1~8」について健康福祉政策課から説明

◎議長：ありがとうございました。

国から求められている議事に対する各医療機関等の協力のお願いと今年度のスケジュールの提示について説明がありましたが、ご質問などはございますか。

【意見・質疑応答】

- 委員：アンケートを各病院に配付するということですが、民間の病院もあり負担にならない調査票がいいと考えます。県も委員の意見を参考に決めたようですが、簡単に答えられるアンケートですか。4日分とあったが3日分ではだめなのかを含めて教えていただき、細かいことは議長にお願いしたいと考えています。

- 委員：P31の資料5-2に関してか。先ほど示した長生郡市内のデータは、最初なので

ざっくりとしたもので、どうやったかというところある1日を決めてその日の患者さんごとの医療費と入院基本料をエクセルでもらい、自分が解析した。非常に簡単にデータを出し、分析ができ、一晩でできました。

ただ、季節変動があるので、年間何定点が良いかは別にして、春夏秋冬で4定点くらいということで、患者さん一人に対して4つ出てきたのではないかと思います。右の入院時の状況をどのように調べるかについては、全部カルテを出してやるのは非常に手間がかかるので、これはあくまでも案であり医療機関の負担にならない形で、どうデータが得られるかを県と協議しながらやっていきたいと思っています。

これが決定稿ではありません。先ほどの救急搬送、待てない急性期をどのように調べたかというところ山武も夷隅も各消防に主旨を説明してお願いした。県が総務省から求められて報告している項目と違うため、独自に1週間程度でやってもらった。

重篤、脳血管の分類は、県の条例の「傷病者の救急搬送に係わる基準」があり、それに合わせた。他のデータとの比較がしやすい。実際にカルテからデータを拾うかについては、協議をしながら、できるだけ負担にならない方法で行いたいと考えています。

●委員：この病床機能実態把握の方法は、この二次医療圏だけの方法ですか。他の医療圏も同様なやり方をするのですか。

□事務局：今のところ香取海匝で同じやり方をと考えています。また、東葛南部ではやり方が違うが、大きな病院を対象とした形で診療報酬を使い病棟ごとの平均的な医療投入量を算出してみたいという方法で行う予定。印旛では、基幹的な3病院で部会を使って取り組もうかと話が出ています。いくつかの圏域で進めているところです。

●委員：この地域のように病床で考えた方がより現実的だと考えますが、東葛南部・北部ではそのような考え方をするような数ではない。やり方が違って県内で同じような傾向が得られるのか。また、出なくても良いのでしょうか。

□事務局：調査なのでやってみないと出るか出ないかわからないが、各地域の実態の把握をしたいと考えています。それを基に話が進んでいけば良いと考える。東葛南部・北部は病院の数が多いので、一律の実態調査ができるかわからないが、なるべく実態を把握してそれをきっかけに議論を深めていきたい。

●委員：千葉にいた時もそうでしたが、この病棟はどうなのか聞いた時に全部が急性期病棟でまるめちゃうということがあった訳ですが、医療圏内だけで医療が完結するわけではなく、高度急性期の救急搬送を隣接する医療圏でも我々も取らなければならな

い。隣接しているところがどうなのかがこの地域の医療を推進していく上で重要になると考え先ほど質問しました。

□事務局:そうしたことを踏まえて、他の地域と調整しながら進めていきたいと思えます。

◎議長:いろいろな御意見を頂戴したが、方向性としては先ほど県、委員から説明があった方法で地域の課題を検討していきたい。

今、隣接地域という話がでたが、病院局からも出席しているので、夷隅長生地域で課題ととらえている循環器病センターのことについてお話しいただきたい。

□事務局:循環器病センターは医療圏でいうと市原になりますが、昨年の6月に、千葉県立病院新改革プランを作成しており、県立6病院の課題や方向性を議論してプランとしてまとめました。循環器病センターについては名前の通り脳血管疾患、心疾患の循環器の高度専門医療と、市原の周辺地域の地域医療の両方を担っている病院として位置付けています。

改革プランの中では、立地等から将来的な高度専門医療のあり方について検討が必要だとまとめられている。また、循環器病センターの脳血管疾患を担当する脳外科医は千葉大から派遣されているが、昨年度には東千葉メディカルセンターに異動することになり、昨年の11月に循環器病センターのあり方検討会の設置が必要ではないかと病院局から提案しました。

その後、県議会、地元の市町村、住民の方々から意見書、署名等、要望をたくさんいただき、現状では当面県民が安心して医療を受けられることが重要であると考え診療体制の維持確保に努めていくとしている。ただ、現状は脳血管疾患を担当する脳神経外科医の手薄な状況が続いている。内部の工夫により、4月から止めていた脳血管疾患の救急対応も週2日という形ではあるが7月から再開しており、引き続き診療機能の維持に努めていきたい。

また、千葉市の方で救急医療センターと精神科医療センターの建て替えを進めていて、その基本設計を一時中止していたが、これまで議論してきたとおり再開するというので7月から再開したところです。

●委員:去年の暮にも発言しましたが、非常に大きな問題です。先ほどの委員からの説明のスライドにあったように脳、循環器については、長生管内、市原南部、大多喜からほとんど循環器病センターに行っている。あの病院の位置づけは非常に大きなものになっています。

昨年の6月議会で現山武市長が発言したためにこの問題が出てきたが、何故この圏域の県議がもうちょっと動かなかったのか納得がいかないところが多々あります。

東千葉メディカルに任せる、千葉にシフトするというので、県はこの地域のことを真剣に考えているのかと思った。

循環器病センターに非常勤医師が2名来たが、実態としては圏域を補完していた機能は果たしていない。従ってきちんとした形にもどしていただきたい。住民も不安に思っているし、行政としても手の打ちどころがないのが実態。昼間はドクターヘリで北総又は君中で対応できるが、夜間は困ってしまう。このような時にどこが助けてくれるかという、長生病院もだめ、「東千葉メディカルセンターでも本当に麻酔の先生はいるのか」という話があったりして、完璧に補完してくれる状況ではない。このことを住民に早く知らせなければならぬと思ひ、広報に書きました。

非常に大きな問題となっており、県が循環器病センターの位置づけをきちんと出してくれないと困る。非常勤を6病院で回すでも良いので、以前の状態まで戻してくれないと住民は怖がって住むことができません。

ましてこれだけ高齢化になっているので、真剣に考えていただきたい。医療圏の問題は抜きにお願いします。

- 参加者：循環器病センターの現状維持はわかりましたが、救急医療センターの建て替えについては、8月の精神科病院長指定医会議で説明が出るのか。県からどのタイミングで説明が出されるのでしょうか。

□事務局：説明ということで決まった会議を予定している訳ではありません。救急医療センターについて、基本計画は、千葉市にある救急医療センターと精神科医療センターの2つを1つの病院として建てるという計画である。そこに、循環器病センターの在り方の検討によっては、循環器病センターの一部機能の統合があり得るということで一旦止めていたが、先ほどお話ししたように循環器病センターの検討は当面行わないという方向になったので、救急医療センターと精神科医療センターの基本設計はこれまで進めてきたとおり再開しています。

- 参加者：精神科病院長指定医会議で議題としてあがってくるかを聞きたい。

□事務局：精神科ということで、精神科医療センターの院長と相談して説明の要望があれば準備をしたいと思います。

◎議長：本日、予定していた議事はすべて完了いたしました。

貴重なご意見をいただき、ありがとうございます。今後は、本日決定した内容、スケジュールに沿って、進めていきたいと思ひます。

進行を事務局にお返しします。

○司会：本日予定された議事・報告が終了しましたが、最後に全体を通して、質問等がありますか。

（質問なし）

○司会：本日いただいた意見などを参考に、今後部会を設置し、検討を重ねていきたいと思えます。4回目の全体会議は3月頃を予定しております。

皆様には、お忙しい中、遅い時間に御協力をいただきまして誠にありがとうございました。今後ともご協力よろしく願いいたします。

以上をもちまして、山武長生夷隅地域保健医療連携・地域医療構想調整会議を終了いたします。本日は、ありがとうございました。